



SOLICITUD DE INGRESO

FECHA ACT. FORMATO JULIO 2026

FECHA ACT. INFORMACION / /

Señores: CONSEJO DE ADMINISTRACION

Cooperativa de Ahorro y Crédito SERVICOOOP, por la presente me permito solicitar mi admisión como socio.

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Nombres:			N° identificación:		
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad:	N° de Cargas:	N° de hijos:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Unión Libre		
Nivel de estudios: <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Formación intermedia (técnica) <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Postgrado									

DIRECCIÓN DE DOMICILIO

Dirección:			Provincia	Cantón	Parroquia
E-mail (obligatorio):		N° Celular:	Situación de la Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia con Hipoteca <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Propia Sin Hipoteca <input type="checkbox"/> Vive con Parientes		
		Claro <input type="checkbox"/> Movistar <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>			

DATOS DEL CONYUGE

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	N° Identificación
-------------------	-------------------	----------	-------------------

DATOS LABORALES

EMPRESA	PROVINCIA	CANTON/CIUDAD	PARROQUIA
OCUPACION/CARGO	EMPRESA DE TRANSPORTE A LA QUE PERTENECE	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	

ESTADO DE SITUACIÓN PERSONAL

ACTIVOS		PASIVOS	
Efectivo - Bancos		Prestamos Bancos/Cooperativa	
Cuentas por Cobrar		Prestamos BIESS (Quirografario/Hipotecario)	
Inmuebles (Casa - Terrenos)		Tarjetas de crédito	
Vehículos		Casas comerciales	
Otros Activos		Otros Pasivos	

AUTORIZACION DE DESCUENTO

Por lo expuesto, en caso de ser admitido como socio me comprometo a cumplir con las disposiciones vigentes en los Estatutos Art- 07 y la Ley de Economía Popular y Solidaria, En adición a lo anterior, AUTORIZO para que en mi calidad de SOCIO se me descuente de mi sueldo mensual, los valores por concepto de ahorros, préstamos y otros servicios no financieros correspondientes a las obligaciones que adquiera como miembro de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SERVICOOOP. Estoy consciente de que el ahorro mensual no puede ser menor al 3.73% del salario mínimo vigente. Para el correcto manejo de mis fondos he firmado la FORMATO DE AUTORIZACION PARA DESCUENTOS DE ROL DE PAGOS.

Valor Ahorro Mensual	<input type="text"/>	(valor mínimo de ahorro \$ 11.00)
Certificado de Aportación	\$7.00	(Valor que se descontara mensualmente, otorga calidad de socio de SERVICOOOP)
Soporte Administrativo y Lotería	\$2.50	(Sorteo Lotería \$1.50/ Soporte Administrativo \$1.00)*
TOTAL DESCUENTO MENSUAL	<input type="text"/>	(En caso de que el Ahorro del socio sea el mínimo, el total a descontar es de \$20.50 por mes)

*Los valores de Soporte administrativo y Lotería no son reembolsables, por lo tanto declaro tener conocimiento que no son parte de mi ahorro, y no formaran parte de mi liquidación en caso de desvinculación de SERVICOOOP.

DECLARACIONES

Aseguro la total veracidad de la información entregada y asumo las consecuencias legales de su revisión por parte de las autoridades. Libero de toda responsabilidad a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SERVICOOOP en caso de que los datos sean incorrectos. Adicionalmente, autorizo a la entidad y a los organismos de control a auditar mis transacciones en el marco de la ley contra el lavado de activos, y me comprometo a no emprender ninguna acción judicial o administrativa en contra de la institución por este motivo.

Doy mi consentimiento a la Cooperativa Servicoop para usar mis datos personales en la administración de mis cuentas, créditos y promociones de servicios financieros o complementarios. Esta autorización incluye compartir mis datos con socios estratégicos y entidades externas (proveedores tecnológicos, burós de crédito, aseguradoras, empresas de cobranza, contact centers, auditores y autoridades judiciales)

FIRMA DEL SOLICITANTE

CONSEJO DE ADMINISTRACION:

El Consejo de Administración de la Cooperativa de Ahorro y Crédito SERVICOOOP, en sesión celebrada el día del mes del año resolvió:

ACEPTAR NEGAR La solicitud del socio.

PRESIDENTE	SECRETARIO	Recibido en Servicoop por:	Revisado Gerencia
------------	------------	----------------------------	-------------------

1. Ciudad	2. Fecha (dd/mm/aaaa)

I. INFORMACIÓN BÁSICA DE LA CONTRAPARTE

3. Apellidos Completos		4. Nombres		5. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		6. Tipo de identificación (marque una "x") Cédula: () Pasaporte ()		7. Número de identificación	
8. País de Nacimiento:		9. Provincia de Nacimiento	10. Cantón de Nacimiento	11. Parroquia de Nacimiento	12. Estado Civil (marque una "x") Soltero (a) ___ Casado(a)___ Viudo(a)___ Divorciado(a)___ Union de hecho___				
13. Correo Electronico				14. Telefonos de Contacto					
				TELEFONO FIJO () _____		CELULAR 09 _____		OPERADORA Claro ___ Tuenti ___ Movistar ___ Cnt ___ Otras _____	

II. INFORMACION DEL CONYUGE O CONVIVIENTE

15. Apellidos Completos		16. Nombres		17. Tipo de identificación (marque una "x") Cédula: () Pasaporte ()		18. Número de identificación	

III. DIRECCIÓN DOMICILIARIA DE LA CONTRAPARTE

19. País de residencia:	20. Provincia	21. Cantón	22. Parroquia	23. Dirección domicilio (en caso de mapa dibujar al reverso de la hoja)	

IV. ACTIVIDAD ECONOMICA

24. Independiente ()	25. Nombre del negocio		26. Actividad económica del negocio		27. Dirección del negocio		28. Teléfono del negocio	
29. Empleado Publico () Privado ()	30. Nombre de la empresa o institución				31. Ciudad de trabajo		32. Actividad Economica de la empresa	
	33. Dirección del Trabajo				34. Cargo en la empresa			
35. Ud ha ocupado en el ultimo año un cargo de elección popular o de responsabilidad política y social?					SI _____		NO _____	

V. INFORMACIÓN ECONOMICA

36. Ingresos Mensuales	Valor en dólares	37. Gastos Mensuales	Valor en dólares	38. Total Activos	Valor en dólares	39. Total Pasivos	Valor en dólares
36.1. Ingresos propios por relación de dependencia		37.1. Alimentación		38.1. Mercadería, Inventarios		39.1. Cuentas por pagar a Proveedores	
36.2. Ingresos del cónyuge/conviviente		37.2. Educación		38.2. Cuentas por cobrar		39.2. Cuentas por pagar a particulares	
36.3. Ingreso por arriendos		37.3. Vestimenta		38.3. Efectivo, Bancos		39.3. Préstamos a Instituciones Financieras	
36.4. Utilidad de negocio propio: comercio		37.4. Salud		38.4. Vivienda y Terrenos		39.4. Trajetas de Credito	
36.5. Utilidad de negocio propio: servicios		37.5. Arriendo		38.5. Vehículos		39.5. Casas Comerciales	
36.6. Pensión Jubilación		37.6. Servicios Básicos		38.6 Otros		39.6. Otros	
36.7. Otros		37.7. Transporte		38.6. Total activos		39.7. Total Pasivo	
36.8 Total Ingresos		37.8. Pensiones Alimenticias				39.8. Total Patrimonio	
		37.9. Otros					
		37.10. Total gastos					

VI. REFERENCIAS (Llene estos campos solo si la organización le solicita expresamente)
40. REFERENCIAS PERSONALES

40.1. Apellidos y Nombres		40.2. Parentesco	40.3. Dirección Domiciliaria		40.4. Celular	
1.-						
2.-						

VII. DECLARACION

 Declaro que la información que suministro es autentica y veraz, por lo tanto autorizo a la **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SERVICOOOP**, para verificarla con el fin que a bien tuviere.

 Socio/Cliente responsable

 Firma del Firma funcionario

Conforme a las regulaciones del Estándar Común de Reporte (CRS por sus siglas en inglés) en el marco de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico), lo establecido en la Disposición General Primera de la Ley Orgánica para la Reactivación de la Economía, Fortalecimiento de la Dolarización y Modernización de la Gestión, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 150 de 29 de diciembre de 2017 y según lo señalado en la Resolución NAC-DGERCGC19-00000003 del Servicio de Rentas Internas, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 428 de 14 de febrero de 2019, se ha dispuesto la obligación de reportar información específica sobre la residencia fiscal de una cuenta.

Con el objeto de dar cumplimiento con la normativa expuesta, se ha implementado el presente formulario de autocertificación a fin de que los datos registrados en el mismo sean transmitidos al Servicio de Rentas Internas que a su vez podrá enviar esta información a las autoridades fiscales de otras jurisdicciones en virtud de acuerdos intergubernamentales para intercambiar información de cuentas financieras.

POR FAVOR LEA ESTAS INSTRUCCIONES ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO
¿Quién debe llenar este formulario?

La persona natural que sea titular de una o varias cuentas.

En caso de poseer cuentas conjuntas o a nombre de varias personas, cada titular debe firmar este Formulario de Autocertificación.

No llene este formulario si usted representa a una sociedad o empresa, en su lugar, debe presentar un Formulario de Auto-certificación de Residencia Fiscal para PERSONAS JURIDICAS

Puede encontrar más información, incluida una lista de jurisdicciones que han firmado acuerdo para intercambiar información automáticamente, junto con los detalles de la información solicitada en el portal de la OECD en la sección "Automatic Exchange of Information": <http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/>

A. IDENTIFICACION DEL CUENTA HABIENTE			
Nombres		Apellidos	
Cedula:		Pais de Nacimiento:	
Fecha de nacimiento: (AAAA/MM/DD)	Año :	Mes:	día:
Dirección permanente de residencia (calle, número, piso, departamento)			
Referencia de ubicación			
Ciudad:	Provincia	Código postal	País

B. RESIDENCIA FISCAL DE CUENTAHABIENTE	
1) ¿Es residente fiscal para efectos tributarios en Estados Unidos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si respondió SÍ, indique su número de identificación del contribuyente de Estados Unidos :	

2) ¿Es residente fiscal para efectos tributarios en otra jurisdicción diferente a Ecuador y Estados Unidos ? Sí No

Si respondió Sí:

En la tabla a continuación, indique los países donde el titular de la cuenta es residente fiscal para los efectos de su impuesto tributario y el número de identificación como contribuyente (NIF / TIN o Equivalente) relacionado.

País de Residencia Fiscal	Identificación de Contribuyente (NIF/TIN O Equivalente)
1	
2	
3	
4	

Por favor indique la dirección correspondiente a la residencia fiscal (calle, número, piso, departamento, ciudad, provincia, código postal y país)

1
2
3
4

C. Certificación y compromiso

Por este medio certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y completa.

- Autorizo a Cooperativa De Ahorro Y Crédito SERVICOOOP a proporcionar, directa o indirectamente, la información contenida en este formulario y/o una copia de este formulario a cualquier autoridad fiscal pertinente o cualquier parte autorizada para auditar o realizar un control similar de La Cooperativa De Ahorro Y Crédito SERVICOOOP para fines fiscales, así como a divulgar a tales autoridades fiscales o tal parte cualquier información adicional que pudiese poseer La Cooperativa De Ahorro Y Crédito SERVICOOOP y que es pertinente para mi calificación para cualquier beneficio reclamado con base en esta certificación.
- Acepto que la información contenida en este formulario y la información relacionada con mis cuentas en La Cooperativa De Ahorro Y Crédito SERVICOOOP (incluso la información sobre los saldos de cuentas y pagos recibidos) se notifique a las autoridades fiscales pertinentes, y que estas autoridades proporcionen esta información a cualquier otro país enumerado en la lista anterior como a un país en el cual soy residente para fines fiscales.
- Me comprometo a avisar inmediatamente a La Cooperativa De Ahorro Y Crédito SERVICOOOP sobre cualquier cambio en las circunstancias que motive que la información contenida en este documento sea incorrecta y a proporcionar a La Cooperativa De Ahorro Y Crédito SERVICOOOP un formulario actualizado y apropiado de Auto-certificación de Residencia Fiscal en un plazo de 30 días a partir de la fecha del cambio en las circunstancias.

FIRMA
Nombre: _____
Identificación: _____
Fecha (AAA/MM/DD) _____
Calidad en la que funge el firmante (si el formulario no es firmado por el titular de la cuenta)
